

Lorsque le modèle aura été validé, il sera utilisé pour prévoir les taux de tabagisme et le nombre de décès imputables au tabagisme sur une période de 20 ans (2008-2027). Nous présenterons le scénario *statu quo* dans lequel les politiques appliquées en 2007 n'évoluent pas, puis l'effet d'un renforcement des politiques sur le taux de tabagisme et le nombre de décès. Nous considérons que ces politiques sont conformes aux recommandations de la Cclat. L'impact de ces politiques en termes de vies sauvées est estimé en soustrayant le nombre de décès prévus avec les nouvelles politiques au nombre de décès prévus si les politiques n'évoluent pas à partir de 2008. Le modèle est actuellement en cours de développement sous Excel® pour être facile à mettre en œuvre par les utilisateurs et facilement modifiable dès que de nouvelles données deviennent disponibles. Plusieurs modifications seront étudiées. Parce que la validation sera limitée aux années postérieures à 2005 (année de référence), le modèle sera éventuellement testé sur une année antérieure, de préférence avant 1999. Ainsi, nous pourrions déterminer si le modèle prédit de manière efficace les modifications majeures en matière de politique appliquées avant 1999. Le modèle pourrait être également étendu afin d'estimer le nombre de décès

imputables au cancer du poumon, à d'autres cancers, aux maladies cardiovasculaires et à la broncho-pneumopathie chronique obstructive. Actuellement, le modèle définit la prévalence du tabagisme en termes de « tous ceux qui fument à un instant donné ». Dans les versions ultérieures, nous chercherons à différencier les fumeurs quotidiens des fumeurs occasionnels, ainsi que la quantité de cigarettes fumées par chacun de ces groupes. Il s'agit d'une donnée aisément disponible concernant le tabagisme et la consommation totale, calculée à partir des recettes fiscales sur les ventes. Ce chiffre peut être utilisé d'une part pour prévoir les recettes fiscales futures, et d'autre part en tant que donnée pour valider le modèle. L'achèvement de la première version de SimSmoke France est prévu pour l'été 2008. Ce modèle permettra pour la première fois en France d'évaluer l'impact de politiques spécifiques, et constituera une aide dans le choix des politiques anti-tabac à développer en France. L'accent mis sur l'identification de domaines où les données sont insuffisantes permettra d'orienter les efforts à déployer en matière de surveillance du tabagisme. Ce modèle pourra également permettre d'orienter les analyses d'efficacité des politiques. Dès que de nouvelles données seront disponibles, elles pourront être

incorporées au modèle afin d'améliorer sa capacité de prédiction.

Références

- [1] Peto R, Lopez AD. Future worldwide health effects of current smoking patterns. In: Critical issues in global health Edited by CE Koop, CE Pearson, MR Schwarz. San Francisco: Jossey-Bass; 2000:154-61.
- [2] Levy DT, Gitchell JG, Chaloupka F. The effects of tobacco control policies on smoking rates: A tobacco control scorecard. *J Public Health Manag Pract.* 2004, 10:338-51.
- [3] Levy DT, Bauer JE, Lee HR. Simulation modeling and tobacco control: creating more robust public health policies. *Am J Public Health.* 2006, 96:494-8.
- [4] Levy DT, Chaloupka F, Gitchell J, Mendez D, Warner KE. The use of simulation models for the surveillance, justification and understanding of tobacco control policies. *Health Care Manag Sci.* 2002, 5:113-20.
- [5] Chaloupka F, Hu T, Warner KE, Yurekli A. The taxation of tobacco products. In: Tobacco control in developing countries Edited by P Jha, F Chaloupka. New York: Oxford University Press; 2000:237-72.
- [6] Comité National contre le Tabagisme (CNCT). Plan cancer. La loi d'interdiction de vente de tabac aux jeunes de moins de 16 ans en France: application et efficacité. 2006.
- [7] National Cancer Institute: Cigarette smoking behavior in the United States. In: Changes in cigarette-related disease risks and their implication for prevention and control, smoking and tobacco control. Monograph 8, Edited by Burns D, Lee L, Shen L, Gilpin E, Tolley H, Vaughn J, Shanks T. Bethesda, MD: National Cancer Institute, National Institutes of Health; 1997:13-112.

Bénéfices de l'arrêt du tabac

María E. León (leonrouxm@iarc.fr)¹, Carolyn M. Dresler²

1 / Centre international de recherche sur le cancer, Lyon, France 2 / Département de santé de l'Arkansas, États-Unis

Résumé / Abstract

Une évaluation des données de la littérature scientifique portant sur les changements, après arrêt du tabac, du risque de développer un cancer, une maladie cardiovasculaire (MCV) ou une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) a été menée par un groupe de travail international composé d'experts réunis au Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), à Lyon, du 13 au 19 mars 2006. Trois questions ont été abordées : 1) Le risque de développer un cancer (pour chacun des 13 cancers liés au tabac considérés), une MCV ou une BPCO est-il plus faible chez les anciens fumeurs que chez les fumeurs actuels par ailleurs semblables en tout autre point ? 2) Parmi les anciens fumeurs, la diminution du risque de développer une maladie est-elle proportionnelle à la durée de l'abstinence ? 3) Après une longue période d'arrêt, le risque revient-il au niveau de celui des personnes n'ayant jamais fumé ? Les principaux résultats de cette évaluation sont restitués dans cet article. En résumé, un bénéfice significatif de l'arrêt du tabac, augmentant avec la durée de l'abstinence, a été observé pour tous les cancers majeurs associés au tabagisme, mais il n'atteint qu'à titre exceptionnel le risque des personnes n'ayant jamais fumé. Arrêter de fumer diminue le sur-risque de décéder d'un cancer, d'une MCV ou d'une BPCO liés au tabagisme continu. Ces données peuvent être utilisées pour soutenir les politiques publiques d'incitation à l'arrêt du tabac.

Reversal of risk after quitting smoking

An assessment of the published evidence on changes in cancer, cardiovascular (CVD) and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) risks with smoking cessation was conducted by an international Working Group of Experts convened at the International Agency for Research on Cancer (IARC) in Lyons on 13-19 March 2006. Three questions were addressed: 1) is the risk of developing cancer (for each of 13 smoking-associated cancers considered), CVD and COPD lower in former than in otherwise similar current smokers? 2) Among otherwise similar former smokers, is the risk of disease lower with more prolonged abstinence? And 3) Does the risk return to that of never smokers after a long period of abstinence? The main findings of the assessment are reproduced in his article. In brief, a significant benefit of quitting smoking, which increases with duration of abstinence, has been shown for all major cancers causally associated with smoking, but only exceptionally the risk declines to that of never smokers. Quitting smoking precludes the excess risk for death from cancer, CVD and COPD associated with sustained smoking. These findings can be used to propel smoking cessation efforts in the population through policy interventions.

Mots clés / Key words

Arrêt du tabac, cancer, maladie cardiovasculaire, BPCO, réduction du risque / Smoking cessation, cancer, cardiovascular disease, COPD, risk reduction

Introduction¹

Une évaluation des effets de l'arrêt du tabac sur le risque de développer ou de mourir d'un cancer, d'une maladie cardiovasculaire (MCV) ou d'une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) a été menée au Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) à Lyon, en France, du 13 au 19 mars 2006. Ce travail a été mené par un Groupe de travail (GT) composé de 17 experts issus de huit pays différents [1]. Trois questions ont orienté l'évaluation des éléments provenant de la littérature scientifique évaluée par les pairs :

1) Le risque de cancer, de MCV ou de BPCO est-il plus faible chez les anciens fumeurs que chez les fumeurs actuels par ailleurs semblables en tout autre point ?

2) Parmi les anciens fumeurs, la diminution du risque de développer une maladie est-elle proportionnelle à la durée de l'abstinence ?

3) Après une longue période d'abstinence, le risque revient-il au niveau de celui des personnes n'ayant jamais fumé ?

Pour chacune des maladies mentionnées ci-dessus, les données provenant des études examinées pour répondre à ces trois questions, leurs conclusions et l'évaluation par le GT ont été publiées dans le volume 11 de la série *IARC Handbooks of Cancer Prevention*, le premier consacré à la lutte contre le tabac [1]. Les éléments les plus importants de ce travail sont reproduits ici.

La consommation de tabac est une des principales causes évitables de maladie et de mortalité dans le monde. Le tabagisme peut être, entre autre, à l'origine de 13 cancers différents [2], de cardiopathie coronarienne, d'accident vasculaire cérébral, d'anévrisme de l'aorte abdominale, d'artériopathie ischémique des membres, de broncho-pneumopathie chronique obstructive [3]. De plus, le tabagisme passif peut provoquer le cancer du poumon [2,4]. Malgré ces effets connus sur la santé, près de 1,3 milliard de personnes fument dans le monde [5]. Environ 150 millions de morts pourraient être imputables à la consommation directe ou indirecte de tabac pour la période 2000-2024 si la tendance actuelle persiste [6]. En France, 30 % de la population âgée de 15 ans ou plus fume [7]. Le nombre de morts dus au tabac ne pourra pas être réduit significativement avant 2050 si une proportion non négligeable d'adultes fumeurs avérés ne s'arrête.

Principales conclusions du groupe de travail

Le GT a identifié plusieurs problèmes méthodologiques dans les études épidémiologiques évaluant les effets de l'arrêt du tabac sur la santé et qui peuvent être à l'origine d'une sous-estimation ou d'une surestimation de la puissance de l'association entre les maladies étudiées et le tabac. Ont ainsi été relevés :

- des biais engendrés par un arrêt du tabac dû à la manifestation d'une des maladies étudiées ou à

son diagnostic (causalité inverse ou effet « maladie-arrêt ») ;

- des problèmes de classification des comportements tabagiques (mauvaise classification de base du statut de fumeur, changements des habitudes liées au tabagisme non détectés au cours des études prospectives, définition de l'ancien fumeur qui peut ne pas prendre en compte l'exposition à d'autres formes de tabagisme que la cigarette telles que la pipe, le cigare ou le tabac à priser ou mâcher) ;

- des biais dus à des différences dans l'histoire du tabagisme entre les fumeurs qui arrêtent et ceux qui n'arrêtent pas (auto-sélection par l'arrêt du tabac) ;

- des bénéfices sur la santé qui apparaissent liés à l'arrêt du tabac mais qui sont en fait dus en partie à d'autres modifications du mode de vie.

Ces limites méthodologiques ont été prises en compte lors des discussions sur chacune des maladies étudiées.

Cancer

Les résultats proviennent d'études de cohortes et d'études cas-témoins ayant estimé le risque pour différents types de cancers chez des fumeurs actuels et des anciens fumeurs, en tenant compte de la durée de l'arrêt, et comparé à des personnes n'ayant jamais fumé. Les cancers évalués ont concerné les organes suivants : poumon, larynx, cavité buccale et pharynx, œsophage, estomac, foie, pancréas, vessie, rein, col de l'utérus, nasopharynx, nez et sinus de la face, ainsi que la leucémie myéloïde. Les conclusions sur les cancers pour lesquels les données disponibles étaient suffisantes pour répondre aux trois questions posées sont résumées dans l'encadré 1 et la figure 1. La liste complète des études examinées et conduisant à ces conclusions se trouve dans le volume 11 de la série *IARC Handbooks of Cancer Prevention* [1].

Maladies cardio-vasculaires (MCV)

Il a été estimé que le tabagisme est à l'origine de 22 % de la mortalité liée aux MCV en Europe et Amérique du Nord, cette proportion étant plus faible dans les populations présentant moins de tabagisme [8]. Le tabagisme est un facteur de risque reconnu de cardiopathie coronarienne, d'accident vasculaire cérébral, d'anévrisme de l'aorte abdominale et d'artériopathie ischémique. Les principaux effets de l'arrêt du tabac chez les individus sains et chez les sujets présentant une MCV déclarée sont résumés dans l'encadré 2.

Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO)

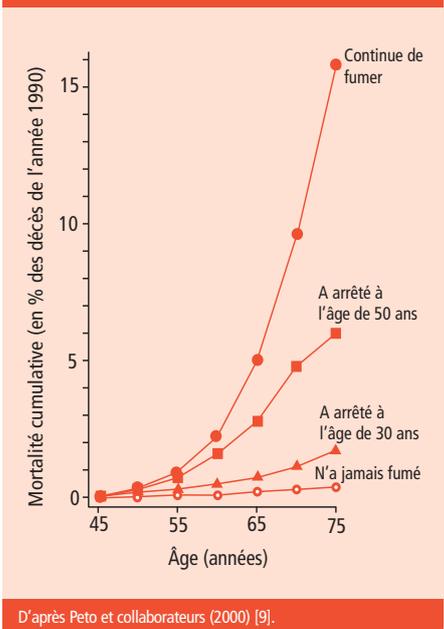
La plupart des cas de BPCO sont dus à la cigarette. Les effets de l'arrêt du tabac sur le poumon ont été documentés par des études longitudinales de population, des études transversales et des essais cliniques. Les effets de l'arrêt du tabac sur les symptômes respiratoires, la fonction pulmonaire, le risque de BPCO, l'aggravation de BPCO et la mortalité sont présentés dans l'encadré 3.

Discussion

L'arrêt du tabac, même après des décennies de tabagisme, réduit considérablement le risque de développer ou de décéder de maladies associées au tabagisme. Au Royaume-Uni, l'étude de la mortalité liée au cancer du poumon chez des personnes ayant arrêté de fumer depuis de nombreuses années a clairement illustré l'effet positif de l'abandon du tabac [9] (figure 2).

Figure 2 Mortalité masculine liée au cancer du poumon en fonction du tabagisme des individus, en pourcentage de décès, Royaume-Uni, 1990

Figure 2 Lung cancer mortality (%) in UK males at 1990 death rates by smoking status



Le nombre et l'importance des dommages dus au tabac présents chez les fumeurs au moment de l'arrêt vont définir le taux de maladies qui se manifestent ensuite. La chronologie et l'ampleur de la diminution du risque de développer une maladie donnée après l'arrêt du tabac varient selon le processus de la maladie étudiée (cancer, MCV, BPCO). Le principal bénéfice de l'arrêt du tabac réside dans l'absence d'augmentation du risque qui résulterait de la poursuite du tabagisme. Étant donné le nombre de fumeurs actuels dans le monde, encourager l'arrêt du tabac est indispensable. La description de l'involution du risque de développer des maladies dues au tabac suite à l'arrêt et l'importance de cette baisse en fonction de la durée de l'abstinence apportent un soutien précieux aux politiques publiques de prévention. Plusieurs initiatives de lutte contre le tabac, parmi lesquelles l'interdiction de fumer dans les lieux publics et les espaces de travail, ont permis de freiner la consommation de tabac et d'augmenter l'arrêt du tabagisme. La loi anti-tabac nationale la plus récente en Europe a pris effet en France en janvier 2008. L'évaluation de l'impact de cette action indiquera si des changements dans la prévalence du tabagisme et dans la consommation du tabac se mettent en place et quels seront les effets sur la santé qui en résulteront.

¹ Traduit de l'anglais par le CIRC.

Poumon

Une diminution du risque de cancer du poumon chez les anciens fumeurs, par rapport aux fumeurs actuels semblables en tout autre point, apparaît entre cinq et neuf ans après l'arrêt, et elle est proportionnelle à la durée de l'arrêt (figure 1). Arrêter de fumer avant la cinquantaine réduit substantiellement le risque de cancer du poumon par rapport aux fumeurs qui n'arrêtent pas. Néanmoins, les anciens fumeurs conservent un risque plus élevé de cancer du poumon comparé aux personnes du même âge n'ayant jamais fumé, même après une longue période d'abstinence.

Larynx

Le risque de cancer du larynx est considérablement réduit chez les anciens fumeurs par comparaison avec les personnes qui continuent à fumer et le risque relatif diminue nettement avec la durée de l'arrêt. Cependant, même après une longue période d'abstinence, le risque de cancer du larynx reste plus élevé chez les anciens fumeurs que chez les personnes du même âge n'ayant jamais fumé.

Cavité buccale et pharynx

Le risque de développer un cancer de la cavité buccale ou du pharynx est réduit chez les anciens fumeurs par rapport aux fumeurs actuels, proportionnellement à la durée de l'abstinence. La plupart des études ont montré que le risque relatif de développer un cancer buccal chez les anciens fumeurs ayant arrêté depuis au moins 20 ans n'est pas plus élevé que celui des personnes n'ayant jamais fumé.

Oesophage

Les études épidémiologiques portant sur la relation entre l'arrêt du tabac et le carcinome épidermoïde de l'oesophage montrent que les anciens fumeurs présentent un risque plus faible de développer ce type de cancer que les fumeurs

actuels. La plupart de ces études ont cependant montré que pendant de nombreuses années après l'arrêt, le risque reste plus élevé que celui des personnes n'ayant jamais fumé. Pour ce qui est de la relation entre adénocarcinome de l'oesophage et tabagisme, aucune diminution nette du risque après arrêt du tabac n'a été observée.

Estomac

Les anciens fumeurs ont un risque de développer un cancer de l'estomac plus faible que les fumeurs actuels, et ce risque diminue proportionnellement à la durée de l'arrêt. Les données sont cependant insuffisantes pour pouvoir évaluer si le risque de cancer de l'estomac chez les anciens fumeurs revient au niveau de celui des personnes n'ayant jamais fumé.

Pancréas

Le risque de cancer du pancréas est plus faible chez les anciens fumeurs que chez les fumeurs actuels. Des données limitées indiquent que, par rapport aux personnes qui continuent à fumer, le risque diminue avec la durée de l'arrêt, mais pendant au moins quinze ans, il reste plus élevé que celui des personnes n'ayant jamais fumé.

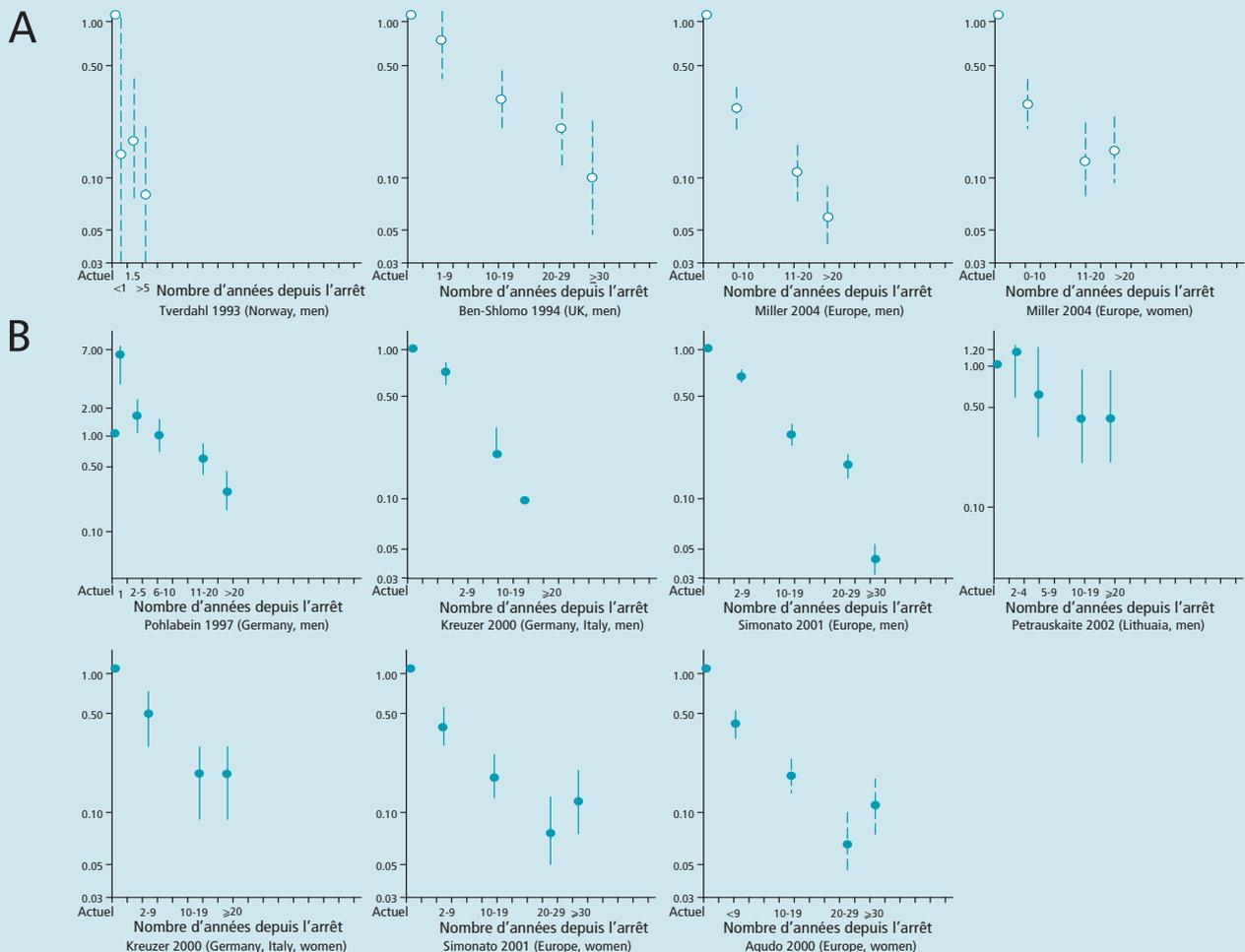
Vessie

Le risque de cancer de la vessie est plus faible chez les anciens fumeurs que chez les fumeurs actuels. Le risque relatif diminue avec la durée de l'arrêt par rapport aux personnes qui continuent à fumer, mais pendant au moins 25 ans, il reste plus élevé que celui des personnes n'ayant jamais fumé.

Col de l'utérus

Le risque de développer un carcinome épidermoïde du col de l'utérus est plus faible chez les anciennes fumeuses que chez les fumeuses actuelles, rejoignant celui des personnes n'ayant jamais fumé.

Figure 1 Études européennes comparant le risque de cancer du poumon chez les fumeurs actuels et les anciens fumeurs en fonction du nombre d'années après l'arrêt du tabac (échelle logarithmique). A : études de cohorte, comparaison du risque relatif ; B : études de cas-témoins, comparaison des odds ratio
 Figure 1 European studies comparing relative risk (A: Cohort studies) and relative odds (B: Case-control studies) in former smokers to current smokers by years since quitting in logarithmic scale



Les cercles pleins représentent les estimations du risque relatif ou des odds ratio telles qu'elles sont rapportées dans les études citées. Les lignes solides représentent les intervalles de confiance à 95 %. Les cercles blancs représentent les estimations du risque relatif ou des odds ratio qui ont été calculés par le Groupe de travail avec les intervalles de confiance à 95 % indiqués en pointillés.

- Chez les sujets sains, le risque de morbidité et de mortalité lié à la cardiopathie coronarienne est abaissé chez les anciens fumeurs par rapport aux personnes qui continuent à fumer. La diminution du risque est importante dans les deux à quatre premières années de sevrage tabagique, puis la baisse du risque ralentit pour approcher, au bout de 15 à 20 ans, celui des personnes n'ayant jamais fumé. Les études de patients ayant déclaré une cardiopathie coronarienne tendent à montrer une diminution du risque relatif de l'ordre de 35 % dans les deux à quatre premières années suivant l'arrêt du tabac chez les anciens fumeurs par rapport aux personnes qui continuent à fumer et qui présentent une exposition cumulée similaire. Les données ne sont pas suffisantes pour pouvoir évaluer l'effet d'une durée plus longue du sevrage sur la réduction du risque chez ces patients.

- Deux à cinq années de sevrage tabagique permettent d'observer une réduction nette du risque d'accident vasculaire cérébral (AVC). Dans certaines études, le risque d'AVC diminue en 5 à 10 ans jusqu'au niveau de celui observé chez les personnes n'ayant jamais fumé, mais d'autres études montrent que ce risque reste légèrement plus élevé même après 15 ans d'abstinence. Aucune étude n'a évalué l'effet de l'arrêt du tabac sur le pronostic à long terme des patients souffrant d'une maladie cérébro-vasculaire. Cependant, parmi les patients ayant

fait un AVC, le tabagisme a été un facteur prédictif de la survie important dans la décennie qui a suivi l'accident.

- En absence de maladie cliniquement déclarée, les anciens fumeurs présentent un risque d'anévrisme de l'aorte abdominale (AAA) plus faible que les personnes continuant à fumer. La diminution du risque se poursuit pendant au moins 10 ans, et probablement jusqu'à 20 ans, après l'arrêt du tabac. Mais chez ces anciens fumeurs, même après de longues périodes d'arrêt, le risque d'AAA n'atteint pas le niveau de risque des personnes n'ayant jamais fumé. Chez les patients atteints d'AAA, le risque d'aggravation, de rupture ou de décès est diminué chez les anciens fumeurs par rapport aux personnes qui continuent à fumer, mais l'évolution au cours du temps n'est pas connue.

- Le risque d'artériopathie ischémique est diminué chez les anciens fumeurs cliniquement sains par rapport aux personnes continuant à fumer. La réduction se prolonge sur une longue période, au moins 20 ans, mais le risque n'atteint pas le niveau de celui des personnes n'ayant jamais fumé. Chez les patients atteints d'artériopathie ischémique, les données suggèrent qu'en un à cinq ans d'abstinence, les résultats cliniques sont améliorés parmi les anciens fumeurs par rapport aux personnes continuant à fumer.

- Dans les études transversales et longitudinales, les symptômes de bronchite chronique rapportés par les patients diminuent en un à deux mois après l'arrêt du tabac. Les données longitudinales montrent qu'après une longue période d'arrêt, la prévalence de toux chronique et d'expectoration rejoint le niveau des personnes n'ayant jamais fumé.

- Dans des populations non sélectionnées, arrêter de fumer permet de ralentir la détérioration de la fonction pulmonaire mesurée par le Volume expiratoire maximal par seconde (VEMS). Les études de cohortes indiquent qu'après arrêt du tabac, le taux de déclin du VEMS des anciens fumeurs rejoint en cinq ans celui des personnes n'ayant jamais fumé. Les fumeurs ayant une fonction pulmonaire normale et qui arrêtent le tabac avant l'âge de 40 ans présentent un déclin normal du VEMS lié à l'âge et ne développent généralement pas de BPCO du fait de leur passé de fumeur.

- L'étude LHS (*Lung Health Study*), portant sur des fumeurs présentant une obstruction des voies aériennes faible à modérée, a montré sur 11 ans que l'arrêt du tabac ralentissait le taux de déclin du VEMS. Lors de la première année de sevrage tabagique, le VEMS augmentait et dans les onze années suivantes, le taux de déclin du VEMS chez les anciens fumeurs était environ la moitié de celui des personnes continuant à fumer. D'autres études de cohorte avec différentes durées de suivi confirment que les anciens fumeurs ayant une obstruction des

voies aériennes présentent un taux plus faible de déclin du VEMS. L'arrêt du tabac a empêché ou retardé le développement d'une BPCO sévère indépendamment de la fonction pulmonaire de base, de l'intensité du tabagisme, de l'âge ou du sexe.

- Les études à long terme portant sur l'arrêt du tabac chez les patients présentant une BPCO plus sévère montrent que le déclin du VEMS et le risque relatif d'hospitalisation suite à l'aggravation de la BPCO diminuent sur une période de 20 ans chez les anciens fumeurs par rapport aux personnes continuant à fumer. Chez ces mêmes sujets, le déclin du VEMS et le risque d'admission à l'hôpital pour la BPCO reste cependant plus élevé que chez les personnes n'ayant jamais fumé.

- L'arrêt du tabac diminue le risque de mortalité due à une BPCO, mais les données montrant la chronologie de cet effet sont difficiles à interpréter. Paradoxalement, dans les premières études, les taux de mortalité due à la BPCO augmentaient durant les 10 premières années suivant l'arrêt du tabac par rapport aux personnes continuant à fumer, mais ensuite les taux diminuaient. Cela reflétait probablement la présence, dans la population des anciens fumeurs, d'un nombre non négligeable de fumeurs ayant arrêté de fumer parce qu'ils avaient développé une BPCO. Les données actuellement disponibles montrent que le risque de mortalité liée à la BPCO est définitivement plus élevé chez les anciens fumeurs que chez les personnes n'ayant jamais fumé.

Remerciements

Le volume 11 de la série *IARC Handbooks, Tobacco Control* a été généreusement financé par le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, France.

Rédaction du volume 11 de la série *IARC Handbooks for Cancer Prevention*: David M Burns (Chair), Sarah C Darby, Nina S Godtfredsen, Prakash C Gupta, Trevor Hansel, Martin Jarvis, Anne Marie Joseph, Pekka Jousilahti, Tai Hing Lam, Carlo La Vecchia, Patrick Maisonneuve, Richard Peto, Eva Prescott, Chris Robertson, Tomotaka Sobue, Michael Thun, Melvyn Tockman.

Références

[1] IARC. *IARC Handbooks of Cancer Prevention. Tobacco*

Control. Volume 11: *Reversal of Risk After Quitting Smoking*, vol. 11. Lyon: IARC, 2007.

[2] IARC. *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*, Vol. 83, *Tobacco Smoke and Involuntary Smoking*, vol. 83. Lyon: IARC Press, 2004.

[3] U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD, 2004.

[4] U.S. Department of Health and Human Services. *The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD, 2006.

[5] WHO. Why is tobacco a public health priority? *World Health Organization*. 2006 (disponible à www.who.int/tobacco/health_priority; consulté le 18 octobre 2006).

[6] Peto R, Lopez AD. Future worldwide health effects of current smoking patterns. In: Koop CE, Pearson C, Schwarz MR, eds. *Critical issues in Global Health*. New York, Jossey-Bass, 2001.

[7] WHO. Health for All. Smoking: Percentage of daily smoking age 15+ in the EU-25 population. 2006 (disponible à www.euphix.org; consulté le 15 novembre 2007).

[8] WHO. From the World Health Organization. Reducing risks to health, promoting healthy life. *JAMA*. 2002; 288(16):1974.

[9] Peto R, Darby S, Deo H, et al. Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two-control studies. *BMJ*. 2000; 321:323-9.